



ORIGINALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D. G. R. n. 163 del 10/02/2015)

N. <u>143</u>
del <u>27-1-2017</u>

OGGETTO: Adozione piano triennale della performance. (CdIG)

IL DIRETTORE GENERALE

con l'assistenza del Segretario e sulla base della seguente proposta predisposta dal Direttore della S.C. Controllo di Gestione che ne attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

PREMESSO che le ultime riforme sull'organizzazione e gestione della Pubblica Amministrazione perseguono, tra gli altri, obiettivi di incremento dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati, attraverso un progressivo miglioramento degli standard tecnici ed economici al fine di migliorare l'allocatione delle risorse, sempre più scarse, fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze;

VISTO il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 che detta norme in materia di "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

CONSIDERATO che a norma di quanto previsto dall'art. 3 del D.Lgs. 150/09 e s.m.i., la misurazione e la valutazione della performance sono volte al raggiungimento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative;

CONSIDERATO altresì che l'art.10 del decreto stabilisce che le amministrazioni pubbliche redigano un documento programmatico triennale, denominato "Piano delle Performance", da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione;

DATO ATTO CHE

- il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto attraverso questo documento programmatico di durata triennale, l'Azienda individua obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;
- il Piano delle Performance non è uno strumento immutabile, tutt'altro: è uno strumento in continua evoluzione, con adeguamenti periodici, di norma annuali, legati dall'esigenza di garantire un raccordo stabile e immediato con gli atti di programmazione nazionale, regionale ed

aziendale. In particolare, esso è strettamente collegato agli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria (DIEF), al Programma Operativo Regionale nonché a tutti i documenti di indirizzo, regionali e nazionali. Inoltre da esso discendono gli obiettivi contenuti nei budget operativi assegnati alla dirigenza quale strumento di valutazione della stessa e che, pertanto, si rende opportuno riaggiornare gli obiettivi in funzione delle attuali esigenze di programmazione;

TENUTO CONTO delle disposizioni in materia emanate dalla CIVIT (ora ANAC) con la Delibera n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (art. 10, comma 1, lettera a) D.Lgs.n. 150/09 e la Delibera n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";

TENUTO CONTO altresì delle disposizioni in merito ai sistemi premianti introdotti dalla Regione Puglia ed estesi anche alle aziende del Servizio Sanitario con la LR 1/2011c in particolare l'art. 4 comma 3 della citata legge che puntualmente dispone che *"Entro novanta giorni dalla sua costituzione, l'OIV predispone il Sistema di misurazione e valutazione della performance individuando le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance, nonché le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio"*.

DATO ATTO CHE

- con delibera del D.G. n. 1080 del 29/09/2014 si è proceduto alla nomina dei componenti dell'OIV, che sostituiscono di fatto il Nucleo di Valutazione;
- al fine di completare il Ciclo di gestione della performance di cui all'art. 4 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., si rende necessario procedere all'adozione del Regolamento di misurazione e valutazione delle performance, ispirato ai criteri individuati dall'art. 3 del medesimo D.lgs.;

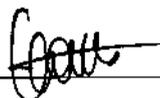
RILEVATO infine che la Regione Puglia con DGR 2198/2016, rubricata *"Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa"*, ha assegnato alle Aziende Sanitarie Regionali specifici obiettivi strategici, conferenti, tra l'altro, con l'adottando Piano Operativo Regionale;

RITENUTO pertanto di conformare la programmazione aziendale in relazione agli obiettivi strategici che la Regione ha inteso conferire alle aziende sanitarie regionali e pertanto, anche al fine di rispettare il dettato normativo, di approvare entro il 31/01/2017 il Piano della Performance 2017/2019, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;

RICHIAMATO integralmente il D.Lgs 150/2009 e smi;

RICHIAMATA integralmente la L.R. 1/2011 ;

Il Dirigente Amm.vo
Dott. Giuseppe Leone



La sottoscritta Avv. Tiziana Turturici, Direttore della S.C. Controllo di Gestione attesta la regolarità della istruttoria della proposta.

Avv. Tiziana Turturici



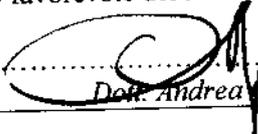
ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo , sottoscritto in calce al presente provvedimento.

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario , sottoscritto in calce al presente provvedimento.

DELIBERA

Per quanto in narrativa dedotto e considerato, che qui si ha per riportato per farne parte integrante e sostanziale:

- di approvare il Piano della Performance 2017/2019, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, opportunamente aggiornato in accordo agli atti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale atualizzati;
- di stabilire che, a seguito dell'approvazione del predetto piano, gli obiettivi di gestione saranno modulati con il sistema delle performance, al fine di renderli coerenti e conferente con il sistema di valutazione in essere, nelle more delle ulteriori determinazioni, giusto quanto disposto dalla L.R. 1/2011;
- di notificare il presente atto a mezzo mail aziendale a tutte le strutture aziendali, ai componenti dell'OIV e ai componenti della struttura tecnica permanente ed all'ANAC;
- di pubblicare detto Piano sul sito dell'ASL Taranto nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente/Performance ;
- di conferire alla presente deliberazione immediata esecutività stante l'urgenza di provvedere in merito.

Parere favorevole del Direttore Amministrativo  Dott. ssa Mina SPECCHIA	Parere favorevole del Direttore Sanitario  Dott. ssa Matilde CARLUCCI
---	--

Il Segretario
 Dr. ssa Mina SPECCHIA

IL DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano Rossi

Mina Specchia

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2017**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
 (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario Il Dirigente dell'Area

SERVIZIO ALBO PRETORIO

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO	CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Taranto Il Direttore AA. GG.	<p style="text-align: center;">AFFISSA E PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO DI QUESTA AZIENDA USL</p> <p style="text-align: center;">Dal <u>30.1.2017</u> al <u>14.2.2017</u></p> <p style="text-align: center;">Data <u>30.1.2017</u> L'addetto all'Albo <u>Carusa Vito</u></p>

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione - con nota n. del - è stato/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.



Regione Puglia

AZIENDA SANITARIA LOCALE
di TARANTO

Piano della Performance
dell'ASL Taranto
2017 - 2019

Direttore Generale
Avv. Stefano Rossi

Azienda Sanitaria Locale di Taranto
Viale Virgilio, 31 - 74121 Taranto
P.IVA 02026690731

Sommario

Presentazione del Piano della Performance.....	3
Fonti:.....	3
SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E DEGLI ALTRI STAKEHOLDERS	5
Missione e Compiti.....	5
Visione.....	5
Principi e valori di riferimento.....	8
Strategia Aziendale	9
Ambito Territoriale e Popolazione	10
L'Amministrazione.....	12
L'AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"	17
I servizi sanitari erogati.....	17
Le Risorse Umane	18
Principali Dati Economico Finanziari.....	19
Analisi Demografica	21
Analisi Epidemiologica	23
Cause di Morte.....	23
Mortalità per Tumori.....	24
PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA E DEL CICLO DELLE PERFORMANCE	28
Il Sistema di misurazione e valutazione della performance	28
Il sistema degli indicatori	30
Ciclo di gestione della performance.....	30
IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	30
Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	30
Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	31
L'albero della performance	32
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	36
Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance	36

Presentazione del Piano della Performance

L'Azienda Sanitaria di Taranto, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente, intende sviluppare un ciclo delle performance che migliori la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino utente attraverso la piena realizzazione della MISSIONE e della VISIONE aziendale.

Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance.

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs 150/2009) che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione.

Il Piano definisce, inoltre, le fasi i soggetti ed i tempi per la sua redazione , per le attività di monitoraggio e valutazione, i cui criteri e i metodi sono definiti nell'ambito del Sistema di misurazione e la valutazione della performance.

Il termine Performance organizzativa si riferisce al contributo che l'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti, volti in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. Il presente documento ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di Pianificazione e di Programmazione Strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale tra cui gli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R.

In particolare, le strategie di fondo dell'ASL Taranto 2017/2019 inquadrano la programmazione pluriennale, quella annuale e il relativo sistema di monitoraggio in armonia con il quadro normativo nazionale (Atto di indirizzo del Ministero della Salute 2017) e regionale (DGR 2198/2016), tenendo in debita considerazione situazioni ed esigenze specifiche della situazione epidemiologica provinciale.

Esse riguardano principalmente obiettivi di governo della domanda sanitaria, di sostenibilità, di appropriatezza e qualità.

E' opportuno rilevare che il Piano della Performance per il triennio 2017 - 2019 viene adottato alla vigilia dell'adozione del nuovo Piano Operativo Regionale 2016-2018, pertanto i suoi contenuti potranno essere successivamente integrati, o modificati, coerentemente con gli indirizzi di pianificazione strategica definiti dalla Direzione per la realizzazione degli obiettivi di mandato e coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

Fonti:

- D.G.R. N.1933 del 30/11/2016 - D.M. n. 70/2015 e Legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza – urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014

- D.G.R. N.2198 del 28/12/2016 - Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.
- DPCM LEA 2017
- ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2017 del Ministero della Salute
- Patto per la salute 2014-2016
- LEA 2015
- Piano Nazionale Esiti 2016

In particolare, nella D.G.R. N.1933 del 30/11/2016 si afferma che:

"Considerato che il "Programma Operativo 2016-2018" della Regione Puglia – in corso di adozione definitiva previa acquisizione del parere del Ministero – è dettagliatamente articolato in obiettivi strategici, programmi ed interventi finalizzati a superare le inadempienze riscontrate rispetto agli obiettivi del precedente Programma Operativo 2013-2015, a porre in essere le indicazioni emerse nella sessione congiunta del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA del 26 luglio 2016 e ad arginare il disavanzo economico-finanziario dell'Esercizio 2015, completando in tal modo il processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete complessiva di offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie intrapreso con il Piano di Rientro e proseguito poi con il Programma Operativo 2013-2015. Ritenuto che l'attività di valutazione della performance delle Aziende ed Enti del SSR possa essere effettuata sulla base del raggiungimento di obiettivi connessi alla seguenti macro-aree obiettivo, oggetto di specifiche osservazioni e rilevazione di criticità da parte del M.E.S. ovvero di inserimento nell'ambito delle strategie regionali del "Programma Operativo 2016-2018" della Regione Puglia:

- Capacità di governo della domanda sanitaria;
- Appropriatelyzza e qualità;
- Assistenza sanitaria territoriale;
- Prevenzione;
- Assistenza farmaceutica;
- Sanità digitale;
- Aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa;
- Ricerca e sperimentazione clinica.

Questo documento rappresenta pertanto la sintesi dei documenti di programmazione tutt'ora vigenti e rispetto ai quali realizzare il necessario raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione strategica e gli obiettivi operativi traslati nell'ambito del processo di negoziazione del budget 2017;

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E DEGLI ALTRI STAKEHOLDERS

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa dipende della Regione Puglia, ed utilizza i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti.

L'Azienda ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza in maniera uniforme su tutto il territorio della provincia di Taranto.

Missione e Compiti

La missione dell'ASL di Taranto è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale - avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

Tale missione, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione, deve essere attuata nel rispetto dei principi di dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'umanizzazione e della personalizzazione dell'assistenza nonché dell'economicità nell'impegno delle risorse.

L'assistenza sanitaria, quale competenza fondamentale dell'Azienda, deve essere prestata con continuità e con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, in una costante prospettiva di integrazione con gli Enti e le Istituzioni locali.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

Visione

Per realizzare la propria missione di tutela della salute dei cittadini e della collettività, l'Azienda assume una responsabilità di governo dell'intero sistema di offerta dei servizi sanitari e di coordinamento attivo di tutti gli attori pubblici e privati che concorrono a promuovere e mantenere la salute ed il benessere della persona e della comunità.

Il core della visione strategica aziendale è orientato al miglioramento continuo della qualità ed in particolare nell'ambito della qualità tecnico professionale, della qualità organizzativa e della qualità percepita della propria offerta sanitaria rivolta alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute.

La visione strategica dell'Azienda è pertanto orientata ad offrire, attraverso un sistema organizzativo efficiente caratterizzato per appropriatezza, efficacia ed adeguatezza delle azioni, servizi di qualità eccellente ai suoi utenti, al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

La Visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

L'Azienda aspira a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza.

L'Azienda mira quindi ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile ai cambiamenti in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico per creare e rafforzare la rete di offerta centrata sul cittadino che favorisca il rafforzamento dell'integrazione tra assistenza sociale ed assistenza sanitaria promuovendo la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide.

L'Azienda promuove lo sviluppo di un sistema organizzativo gestionale che intercetti i bisogni dei cittadini e garantisca un *continuum* di processi assistenziali ad intensità modulata dal territorio all'ospedale, potenziando le cure primarie e la prevenzione e specializzando l'assistenza ospedaliera.

La riprogettazione dei processi sanitari ed amministrativo-gestionali rappresenta l'elemento cardine dell'azione aziendale per sviluppare un sistema che miri ad accogliere il paziente nella sua globalità e soprattutto complessità, inserendolo in un'articolata rete assistenziale con l'obiettivo di soddisfare ogni suo bisogno attraverso i processi di "presa in carico".

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire gli obiettivi di salute che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari nonché la creazione delle condizioni necessarie per favorire il recupero dell'equilibrio economico attraverso l'orientamento dei comportamenti dei singoli operatori verso il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.

Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, la Asl di Taranto opera nel rispetto della visione incentrata sui seguenti elementi essenziali:

- qualificare l'offerta dei servizi erogati e degli interventi di prevenzione e clinico assistenziali, in coerenza con i bisogni di salute della popolazione, attraverso l'identificazione delle priorità, la valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi offerti sul territorio, ponendo particolare attenzione alla fruibilità ed all'accessibilità mediante forme coerenti con la complessità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse disponibili;
- sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione ed un idoneo trasferimento di tutto il set di prestazioni erogabili;
- implementare le attività culturali e formative, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero, utilizzando la formazione come elemento strategico;
- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa;
- perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello locale, regionale, nazionale ed europeo;
- sviluppare il sistema della presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del processo assistenziale;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero attraverso una logica improntata sulla gestione dei processi e favorendo il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti ambulatoriali, anche attraverso il loro coinvolgimento attivo nello sviluppo di attività innovative;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio, attraverso lo sviluppo di percorsi e reti assistenziali integrati per le principali patologie; valorizzare lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti attraverso la formazione e la comunicazione interna quale elemento strategico;
- perseguire le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'Evidence Based Medicine, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi;
- promuovere il governo dei processi amministrativi, e quindi dei processi di gestione del personale, di verifica ed ottimizzazione della spesa e regolarizzazione del debito pregresso, della semplificazione delle attività, della tempestività dei pagamenti;

- promuovere l'innovazione organizzativa, anche attraverso sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali, quali, ad esempio la creazione di reti territoriali con l'individuazione di centri hub di eccellenza e correlati centri spoke.

Principi e valori di riferimento

L'Azienda individua il riferimento costante della propria azione nella persona, unica e irripetibile, al fine di fornire servizi e risposte ai bisogni.

L'azienda opera nel massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi alla propria popolazione di riferimento e, comunque, ai cittadini presenti nel territorio di competenza, e le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Puglia, indipendentemente dal sesso, dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione.

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla competenza dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane e professionali che operano nelle proprie strutture. Assicura, altresì, la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

I valori assunti dall'Azienda alla base degli scopi, delle scelte e dell'agire di ogni attore della organizzazione per assolvere alla missione, sono:

- **rispetto della dignità** e della centralità della persona garantendo attenzione ai suoi diritti rispetto ai bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'umanizzazione delle cure è il cardine dell'assistenza in ogni momento della sua continuità;
- **equità, solidarietà** ed abolizione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute a causa di ragioni sociali, culturali ed economiche, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;
- **trasparenza** nel garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;
- **efficacia e appropriatezza** intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni effettuate da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'Azienda;
- **affidabilità**, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche ed i servizi erogati ai reali bisogni della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati dall'Azienda;
- **sicurezza**, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori;

- **efficienza gestionale e organizzativa** intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, l'uso delle risorse e la varietà dei prodotti/servizi, ai continui e rapidi cambiamenti interni ed esterni all'Azienda;
- **approccio sistemico** e differenziato nell'offerta dei servizi erogati;
- **eccellenza** interpretata come continua tensione dell'Organizzazione a esserlo, secondo tutte le dimensioni del "fare";
- **autonomia dei professionisti** all'interno del modello organizzativo e nel rispetto dei principi e valori aziendali;
- **integrazione** dei e tra i percorsi assistenziali per recuperare a unitarietà gli sforzi compiuti da soggetti diversi, orientandoli verso obiettivi comuni, nella gestione di un processo o di un progetto, sia clinico- sanitario che organizzativo- gestionale, valorizzando la continuità assistenziale;
- **innovazione gestionale e tecnologica** per raggiungere obiettivi elevati in termini di salute, di qualità del sistema e di sostenibilità economica;
- **partecipazione** garantita a tutti i cittadini, in forma singola o associata, ai vari processi aziendali.

Strategia Aziendale

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare, potenziare, innovare e differenziare, compatibilmente con le risorse disponibili, l'offerta di azioni di carattere preventivo e clinico- assistenziale, in relazione alla identificazione dei bisogni di salute, valutare gli esiti;
- perseguire gli orientamenti ed utilizzare gli strumenti e le metodologie del governo clinico e dell'EBM;
- assicurare la continuità clinico - assistenziale e l'integrazione intra ed inter istituzionale;
- rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e inter - istituzionali, in particolare con gli enti locali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;
- ricercare forme di integrazione con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali, nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio;
- valorizzare l'autonomia e la responsabilità dei propri operatori, con particolare riguardo alla dirigenza, anche al fine di dare tempestivi riscontri ai bisogni dell'utenza, coniugando i principi dell'efficienza e dell'efficacia con quelli dell'equità e della trasparenza;
- consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

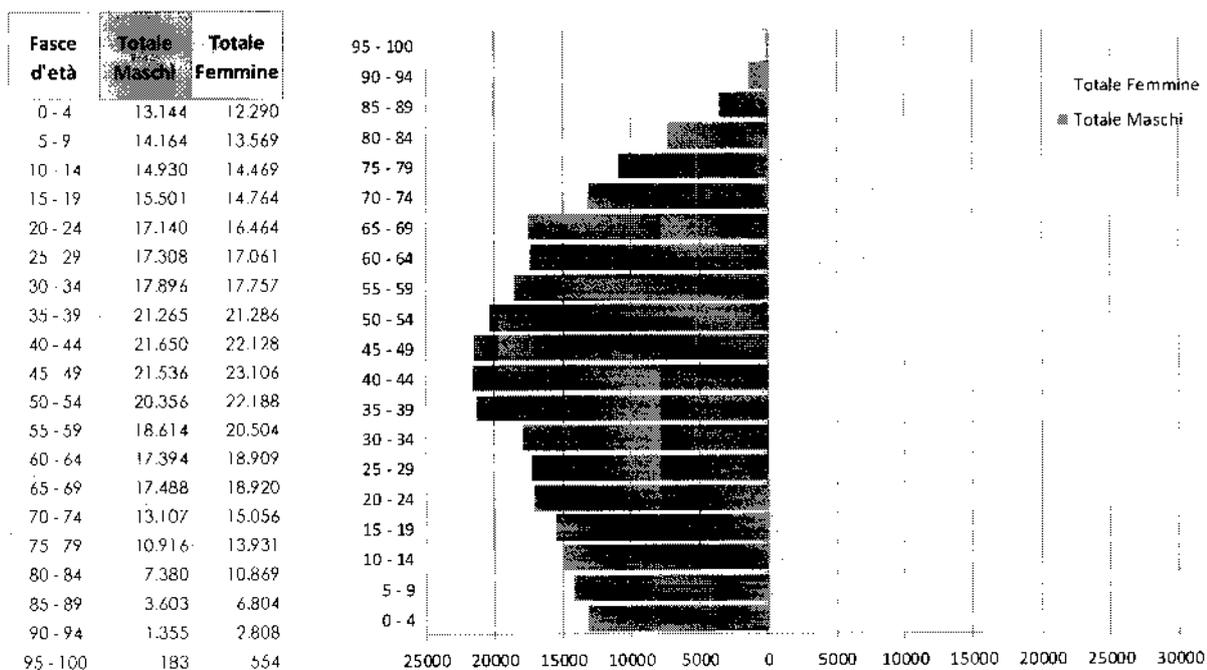
Ambito Territoriale e Popolazione

L'ambito territoriale provinciale dell'Asl Taranto si estende su un territorio di 2.436,67 Km² ed è caratterizzata dalla presenza di terreno pianeggiante per poco più della metà del totale (1.342,39 Km²), con una significativa estensione costiera, mentre per la rimanente parte il terreno è di natura collinare (1094,28 Km²).

Dal punto di vista amministrativo, la provincia consta di 29 comuni, dei quali cinque, caratterizzati da una notevole estensione territoriale, organizzati rispettivamente in 6 distretti socio-sanitari

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente della provincia di Taranto al 1° gennaio 2015 ammonta a 588.367 individui, di cui 284.930 uomini e 303.437 donne, di cui poco più di un terzo concentrati nel solo capoluogo di provincia.

Distretto S.S.	Comune	Maschi	Femmine	Totale Generale
1	Castellaneta	8.409	8.807	17.216
	Ginosa	11.310	11.409	22.719
	Laterza	7.529	7.743	15.272
	Palagianello	3.845	4.034	7.879
1 Totale	31.093	31.993	63.086	
2	Massafra	16.149	16.782	32.931
	Mottola	7.869	8.247	16.116
	Palagiano	7.990	8.171	16.161
	Statte	6.909	7.227	14.136
2 Totale	38.917	40.427	79.344	
5	Crispiano	6.841	6.968	13.809
	Martina Franca	23.643	25.579	49.222
5 Totale		30.484	32.547	63.031
6	Carosino	3.430	3.638	7.068
	Faggiano	1.757	1.842	3.599
	Grottaglie	15.638	15.649	31.287
	Leporano	4.000	4.051	8.051
	Monteiasi	2.716	2.883	5.599
	Monterosso	1.963	2.045	4.008
	Monteparano	1.187	1.245	2.432
	Pulsano	5.646	5.750	11.396
	Roccaforzata	885	919	1.804
	San Giorgio Ionico	7.566	7.948	15.514
	San Marzano di San Giuseppe	4.616	4.695	9.311
	6 Totale	49.404	51.665	101.069
	7	Avetrana	3.332	3.543
Fragagnano		2.561	2.729	5.290
Lizzano		4.968	5.173	10.141
Manduria		15.241	16.285	31.526
Maruggio		2.644	2.750	5.394
Sava		7.963	8.414	16.377
Torricella		2.081	2.137	4.218
7 Totale		38.790	41.031	79.821
8	Taranto	96.242	105.774	202.016
8 Totale		96.242	105.774	202.016
	Totale complessivo	284.930	303.437	588.367



L'ASL di Taranto gestisce direttamente n. 884 posti letto per acuti e, indirettamente, tramite le strutture accreditate ulteriori 391 posti letto per acuti e 217 per i ricoveri post-acute:

PRESIDIO	Stablimento	Posti Letto per Acuti	Posti Letto Post Acuzie
Centrale	Grottaglie	80	
	SGMoscati	133	
	SSAnnunziata	358	
Occidentale	Castellaneta	102	
Orientale	Manduria	98	
Valle d'Itria	MartinaFranca	113	
	Totale Pubblici	884	
	Privato Accreditato	391	217
	Totale Complessivo	1275	217

L'azienda opera mediante 132 presidi a gestione diretta e 114 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

Descrizione tipo assistenza erogata	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	Totale complessivo
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	1				1
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	1				1
ASSISTENZA AIDS				6	6
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI				6	6
ASSISTENZA PSICHIATRICA				18	18
ATTIVITA' CLINICA			30	19	49
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE				18	18
ATTIVITA' DI LABORATORIO			11	1	12
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI			20	1	21
	2		61	69	132

Fonte: Mod. STS 11 – Anno 2015

Per le strutture a gestione indiretta (strutture convenzionate):

Descrizione tipo assistenza erogata	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	STRUTTURA RESIDENZIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	Totale complessivo
ASSISTENZA AGLI ANZIANI		11		11
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		1		1
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI		1		1
ASSISTENZA PSICHIATRICA	7	10		17
ATTIVITA' CLINICA			22	22
ATTIVITA' DI LABORATORIO			46	46
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI			16	16
	7	23	84	114

Fonte: Mod. STS 11 – Anno 2015

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26, L. n. 833/1978 sono 2 (OSMAIRM e Casa di Cura San Camillo), ed operano con complessivi 290 posti letto per assistenza residenziale e 70 posti letto per assistenza semiresidenziali.

Si evidenzia che attualmente tutte le strutture convenzionate operanti sul territorio di quest'Azienda sono accreditate.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 485 medici di base (Titolari), che assistono complessivamente una popolazione pari a 514.266 unità, e 82 pediatri (Titolari), che assistono complessivamente una popolazione pari a 65.631 unità (Fonte MMG e PLS – Edotto; estrazione: queryelencoalfabeticomedici20150604)

L'Amministrazione

ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TARANTO

L'**organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni di prevenzione, territoriale, ospedaliera e amministrativa-tecnica-logistica.

Gli **organi aziendali** sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione.

La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione;
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

La **Funzione della Prevenzione** organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale.

Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita. La struttura attuale rispecchia quanto previsto dal Regolamento Regionale adottato con Delibera di G.R. n. 2759 del 14-12-2012

SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA
SIAN -SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
SIAV AREA A - SANITÀ ANIMALE
SIAV AREA B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
SIAV AREA C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE
SPESAL - PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO
U.O.S. DIREZIONE AMMINISTRATIVA
U.O.S.V.D. EDUCAZIONE SALUTE

La **Funzione Territoriale**, organizzata attraverso i sei distretti di Ginosa, Massafra, Taranto, Martina Franca, Grottaglie e Manduria, si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Specialistica
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- Assistenza alla Salute Mentale
- Altri servizi che rispondono al bisogno assistenziale locale.

L'Azienda attraverso la **Funzione Ospedaliera** garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

La funzione ospedaliera si articola nei:

- Presidi Ospedalieri
- Dipartimenti Funzionali

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti:

- pronto soccorso,
- ricovero ordinario per acuti,
- day surgery
- day hospital
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

La **Funzione Ospedaliera** è articolata nei Quattro Presidi Ospedalieri:

- P.O. Occidentale – Ospedale di Castellaneta
- P.O. Centrale – Ospedale SS. Annunziata; Ospedale S.G. Moscati; Ospedale S.Marco di Grottaglie
- P.O. Valle d'Itria – Ospedale di Martina Franca
- P.O. Orientale – Ospedale di Manduria

La funzione ospedaliera è garantita dall'offerta di posti letto così come di seguito riepilogati e attivi nell'anno 2016 nelle strutture a diretta gestione dell'azienda nonché nell'offerta del Privato Accreditato.

I posti letto per acuti attivi nell'anno 2016 sono stati complessivamente 884 di cui 792 in regime ordinario e 92 in regime day hospital/daysurgery

PRESIDIO	Stabilimento	DO	DH_	TOTALE
- Centrale	Grottaglie	72	8	80
	SGMoscato	116	17	133
	SSAnnunziata	328	30	358
- Occidentale	Castellaneta	88	14	102
- Orientale	Manduria	85	13	98
- Valle d'Itria	MartinaFranca	103	10	113
Totale complessivo		792	92	884

Fonte: HSP12 2016 - Non sono ricompresi i PL Tecnici (NIDO)

PRESIDIO	Codice struttura	Stabilimento	Codice Disciplina	Disciplina	Degenza ordinaria	Day Hospital	Totale	
Occidentale	160168	Castellaneta	0811	CARDIOLOGIA	8	2	10	
			0911	CHIRURGIA GENERALE	18	2	20	
			2611	MEDICINA GENERALE	23	1	24	
			3111	NIDOI*	14	0	14	
			3611	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	4	18	
			3711	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	17	3	20	
			3911	PEDIATRIA	8	2	10	
			Occidentale Totale				88	14
Orientale	160074	Manduria	0801	CARDIOLOGIA	5	2	7	
			0901	CHIRURGIA GENERALE	15	2	20	
			2601	MEDICINA GENERALE	25	2	27	
			2901	NEFROLOGIA	5	2	7	
			3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	3	15	
			3901	PEDIATRIA	6	2	8	
			4902	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0	2	
			5001	UTIC	6	0	6	
Orientale Totale				85	13	98		
Valle d'Itria	160075	MartinaFranca	0801	CARDIOLOGIA	8	0	8	
			0901	CHIRURGIA GENERALE	8	2	20	
			2601	MEDICINA GENERALE	24	2	26	
			2901	NEFROLOGIA	10	0	10	
			3101	NIDOI*	10	0	10	
			3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	2	15	
			3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	7	1	5	
			3901	PEDIATRIA	4	1	5	
4301	UROLOGIA	10	2	12				
6001	LINGODEGENZA	6	0	6				
Valle d'Itria Totale				103	10	113		
Centrale	160172	SGMoscato	0812	CARDIOLOGIA	7	1	8	
			0811	EMATOLOGIA	15	5	20	
			2111	GERIATRIA	14	1	15	
			2411	MALATTIE INFETTIVE	22	3	25	
			3411	OCULISTICA	8	1	9	
			3811	OTORINOLARINGOIATRIA	8	1	9	
			4011	PSICHIATRIA	15	0	15	
			4912	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8	0	8	
			5012	UTIC	4	0	4	
			5411	ONCOLOGIA	5	5	20	
			SSAnnunziata	0811	CARDIOLOGIA	12	0	12
				0911	CHIRURGIA GENERALE	27	1	28
				1411	CHIRURGIA VASCOLARE	18	2	20
				1812	MICROTEMA	0	6	6
				1911	ENDOCRINOLOGIA	9	1	10
		2611		MEDICINA GENERALE	58	3	61	
		2911		NEFROLOGIA	9	1	10	
		3011		NEUROLOGIA	19	1	20	
		3211		NEUROLOGIA	23	1	24	
		3611		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	4	36	
		3711		GINECOLOGIA E OSTETRICIA	39	3	42	
		3911		PEDIATRIA	19	1	20	
		4311		UROLOGIA	18	2	20	
		4911		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10	1	11	
		5011		UTIC	10	0	10	
		5811		GASTROENTEROLOGIA	0	2	2	
		6211		NEONATOLOGIA	15	1	16	
		7311		UTIC	10	0	10	
		160191	Grottaglie	0901	CHIRURGIA GENERALE	7	1	8
				2601	MEDICINA GENERALE	22	2	24
				3101	NIDOI*	15	0	15
				3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	3	18
				3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	13	2	15
6001	LINGODEGENZA			15	0	15		
Centrale Totale				516	55	571		
Totale complessivo				792	92	884		

(* Posti letto tecnici - Non conteggiati al fini della dotazione di P.L.
Fonte: HSP 12 2016

Struttura Accreditata	Disciplina	ACUTI	POST ACUTI
Bernardini	CHIRURGIA GENERALE	15	
	MEDICINA GENERALE	22	
	NEUROCHIRURGIA	10	
	OCULISTICA	5	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	
	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	16	
Bernardini Totale		96	
C. Medico Riab.	RIABILITAZIONE		57
	PNEUMOLOGIA	10	
C. Medico Riab. Totale		10	57
Cittadella Carità	CARDIOLOGIA	8	
	RIABILITAZIONE		46
Cittadella Carità Totale		8	46
D'Amore	CHIRURGIA GENERALE	23	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	
D'Amore Totale		40	
S. Camillo	CHIRURGIA GENERALE	20	
	MEDICINA GENERALE	24	
	PNEUMOLOGIA	10	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	
	GASTROENTEROLOGIA	5	
	UROLOGIA	6	
S. Camillo Totale		93	
S. Rita	GERIATRIA	14	
	MEDICINA GENERALE	16	
S. Rita Totale		30	
Villa Bianca	RIABILITAZIONE		64
Villa Bianca Totale			64
Villa Verde	CARDIOCHIRURGIA	13	
	CARDIOLOGIA	24	
	GERIATRIA	28	
	MEDICINA GENERALE	20	
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	
	UTIC	8	
	RIABILITAZIONE		50
	ONCOLOGIA	3	
	PNEUMOLOGIA	12	
Villa Verde Totale		114	50
Totale complessivo		391	217

Le **funzioni tecnico-amministrative** sono assicurate dalle seguenti UU.OO.:

Area Gestione Risorse Umane,
Area Gestione del Patrimonio,
Area Gestione Tecnica,
Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,
Attività Legali e Affari Generali.

Lo svolgimento delle **Funzioni Direzionali** sono supportate dalla Tecnostruttura di Staff

E' utile specificare che l'ASL TARANTO adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.

I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale.

I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:

- a) favorire un governo unitario dell'assistenza;
- b) assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
- c) perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- d) ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
- e) promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- f) facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni.

L'AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"

I servizi sanitari erogati

Al fine di meglio comprendere la produzione posta in essere dalla ASL Taranto, si riportano di seguito alcuni dati di sintesi dell'attività svolta:

DIMESSI	2012	2013	2014	2015
Dimessi Ricoveri Ordinari	40.887	39.222	39.486	38.079
-di cui con DRG medico	28.676	27.499	28.036	27.000
-di cui con DRG chirurgico	12.211	11.723	11.450	11.079
Dimessi Ricoveri Diurni	15.194	12.028	11.069	7.918
-di cui con DRG medico	7.477	5.586	4.969	3.042
-di cui con DRG chirurgico	7.717	6.442	6.100	4.876
TOTALE COMPLESSIVO	56.081	51.250	50.555	45.997

Di cui:

PARTI	2012	2013	2014	2015
Cesarei	1.717	1.743	1.859	1.918
Naturali	1.775	1.798	1.910	2.011
Totali	3.492	3.541	3.769	3.929

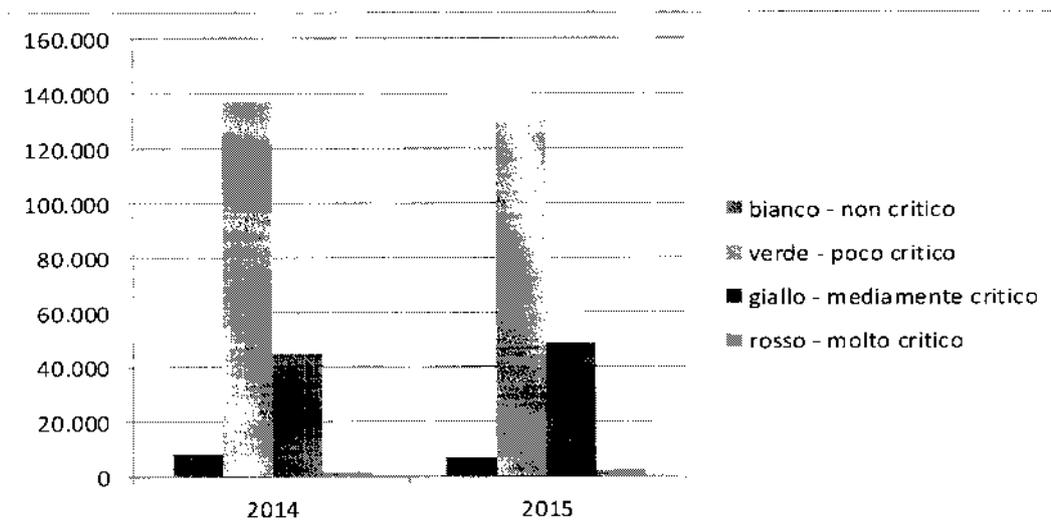
ATTIVITÀ AMBULATORIALE PER ESTERNI, PER GRANDI AGGREGATI

PRESTAZIONI AMBULATORIALI Raggruppamenti di Prestazioni	2012	2013	2014	2015
Patologia Clinica	2.583.650	1.960.977	3.119.283	3.523.678
Radiologia Diagnostica	107.856	111.783	167.979	178.802
Specialistiche	794.163	755.334	862.609	898.346
Territoriali	467.431	567.679	563.309	440.156
Totale prestazioni per Esterni	3.953.100	3.395.773	4.713.180	5.040.982

Il quadro delle prestazioni ambulatoriali per esterni erogate dalle strutture della ASL Taranto vede una netta prevalenza degli esami prodotti dai Laboratori Analisi (66%), seguito da discipline specialistiche (Ospedaliere+Territoriali 30%).

ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO PER CODICE DI TRIAGE

Triage	2014	2015
bianco - non critico	8.404	7.085
verde - poco critico	137.282	130.877
giallo - mediamente critico	45.087	49.150
rosso - molto critico	2.045	2.677
nero - deceduto	12	11
non rilevato per accesso diretto	208	230
non specificato	175	85
	193.213	190.115



Le Risorse Umane

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2015, è pari a 4.376 unità distinte come segue

AREE	RUOLO	TIPO RAPPORTO	
		Indeterminato	Determinato
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	394	1
	RUOLO PROFESSIONALE	7	
	RUOLO SANITARIO	2.166	397
	RUOLO TECNICO	342	85
COMPARTO Totale		2.909	483
DIRIGENZA MEDICA	RUOLO SANITARIO	771	68
	RUOLO AMMINISTRATIVO	13	2
DIRIGENZA NON MEDICA	RUOLO PROFESSIONALE	6	
	RUOLO TECNICO	5	
	RUOLO SANITARIO	105	14
DIRIGENZA Totale		900	84
TOTALE PERSONALE		3.809	567

Fonte: Trattamento economico

Rispetto all'analisi di genere risulta che oltre il 66% del personale di comparto siano donne, mentre tale percentuale scende al 40% per il personale dirigenziale.

Principali Dati Economico Finanziari

L'ASL Taranto elabora i propri bilanci nel rispetto dei principi contabili vigenti per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile nazionale.

VOCE MODELLO CE	IMPORTO 2012	IMPORTO 2013	IMPORTO 2014	IMPORTO 2015
Totale valore della produzione (A)	1.015.114.921	1.019.710.632	1.058.782.878	1.097.741.636
Totale costi della produzione (B)	-1.005.003.946	-1.003.027.297	-1.034.245.212	-1.071.391.544
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	10.110.975	16.683.336	24.537.666	26.350.092
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-741.001	-2.400.949	-153.113	-278.162
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	-106.000	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	8.771.894	3.356.074	-6.357.039	-8.133.619
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	18.141.869	17.532.462	18.027.515	17.938.311
Totale imposte e tasse	-18.297.883	-17.522.535	-17.939.771	-17.865.299
RISULTATO DI ESERCIZIO	-156.014	9.327	87.745	73.012

Il valore della produzione dell'esercizio 2015 rispetto al consuntivo 2014 è aumentato di € 33,960 milioni; le voci che hanno maggiormente inciso su detto valore sono riconducibili:

- Alla somma delle variazioni dei contributi in conto esercizio assegnati dalla regione in particolare:
 - I contributi per finanziamenti per Obiettivi di Piano, passati da € 28,1569 milioni a € 34,568 milioni con un incremento pari a € 6,411. Si ritiene opportuno evidenziare che nell'ambito di tale categoria è ricompreso il finanziamento del Piano straordinario in favore della provincia di Taranto L. 231/2012 art. 3 co 3 meglio noto come "Decreto ILVA".
 - I contributi extra fondo vincolati passati da € 8,309 milioni a € 18,357 milioni con un incremento di € 10,047 milioni dovuto al riconoscimento di € 7,300 milioni per risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza e € 2,700 per altri finanziamenti della Regione extra fondo.
 - I contributi in conto esercizio da altri Enti che passano da € 0,119 milioni a € 8,084 milioni per effetto dei finanziamenti per "Terra dei fuochi";
 - I finanziamenti per Extracomunitari sono passati da € 1,558 milioni a € 0,317 milioni con decremento quindi di € 1,241.
 - Alla variazione in aumento della voce di bilancio "Concorsi, recuperi e rimborso" che passa da € 8,574 milioni a € 21,841 milioni con un incremento di 13,267 dovuto principalmente al rimborso delle aziende farmaceutiche per Pay-Back (€ 12,919 milioni).
 - Alla riduzione degli utilizzi di residui fondi per contributi vincolati ricevuti negli anni precedenti per un importo complessivo di € 2,263 milioni;

I costi della produzione sono complessivamente aumentati di € 32,147 milioni di euro.

Gli aumenti che maggiormente hanno inciso su tale scostamento si riferiscono:

- agli acquisti di beni sanitari, dovuti quasi esclusivamente agli acquisti di farmaci per Epatite C, ed all'incremento dei costi per farmaci per la cura dei tumori per complessivi € 21,919 milioni;

- agli acquisti di servizi che nel 2015 sono passati da € 604,262 milioni ad € 611,662 registrando un aumento di € 7,400 milioni di cui € 4,454 milioni per servizi sanitari ed € 2,946 milioni per servizi non sanitari.

In particolare i servizi sanitari che maggiormente hanno inciso sull'aumento sono quelli per l'assistenza ospedaliera (€ 1,918 milioni), per la distribuzione dei farmaci "file F" (€ 1,935 milioni), per le prestazioni socio sanitarie (€ 1,483 milioni) e per l'erogazione dei contributi agli assistiti affetti da SLA e malattie gravissime (€ 1,666 milioni); tali incrementi sono stati parzialmente compensati dalla riduzione dei costi per l'assistenza farmaceutica (€ -2,463 milioni).

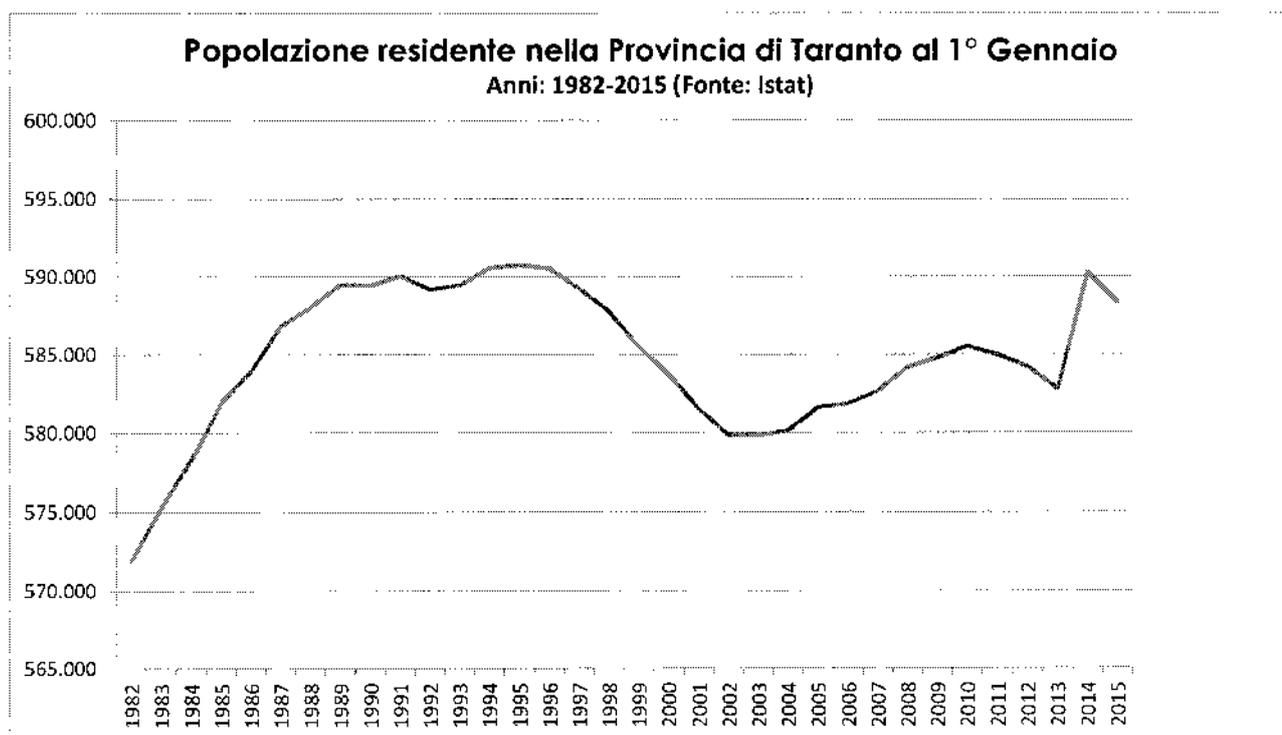
Per quanto riguarda i servizi non sanitari si evidenziano gli incrementi dei costi:

- o per l'assistenza informatica derivanti dall'implementazione della struttura informatica aziendale;
- o Altro incremento degno di nota si riferisce al costo per il servizio di Portierato ed Ausiliario. Detto servizio è svolto dalla Società in House Sanitaservice Taranto S.r.l. sin dall'agosto del 2010. Durante il 2015 si provveduto ad attuare quanto stabilito nel business plan redatto al fine di procedere alla prima internalizzazione così come indicato nella deliberazione del DG n. 134 del 25.01.2010. Tale adeguamento ha comportato un incremento del costo di € 2,420 milioni.

Analisi Demografica

La popolazione della provincia di Taranto si distribuisce amministrativamente su 29 comuni. Il comune più popoloso, nonché il più vasto, è il capoluogo, dove risiede circa il 34% della popolazione (oltre 190 mila abitanti).

Dopo Taranto, sempre per numero di abitanti, vi è Martina Franca (circa 50 mila abitanti). Seguono Grottaglie, Massafra, Manduria e Ginosa, tutti con una popolazione superiore a 20 mila abitanti. I comuni di dimensioni minori (meno di 5 mila abitanti), sono in tutto cinque ed in essi risiede complessivamente meno del 3% della popolazione della provincia.



Dal 1982 al 2013 si assiste ad un profondo cambiamento della popolazione della provincia tarantina: dopo una crescita demografica, che ha portato i residenti da 571.959, registrati nel 1982, a 590.049, registrati nel 1991 (incremento del 3,16%), si osserva, dopo i primi anni novanta, una decrescita pari a -1,87%, dal 1995 al 2004. Successivamente si assiste, per circa un quinquennio, ad una sostanziale stabilità, seguita da un andamento altalenante degli ultimi tre anni (variazione 2010-2011 pari a -0,09%, variazione 2011-2012 pari a +0,72%, variazione 2012-2013 pari a -0,24%)

Indicatori demografici

Provincia di Taranto																
		Anno	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tipo indicatore																
tasso di natalità (per mille abitanti)			8,6	8,5	9,5	9,2	8,7	9,5	9,8	10,1	9,3	9	8,8	8,2	8,3	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)			7,4	7,4	7,3	8,2	7,6	8,4	8,6	9,6	8,8	8,9	9,2	9	9,1	..
crescita naturale (per mille abitanti)			1,2	1,1	2,3	1,1	1,1	1,1	1,2	0,5	0,5	0,2	-0,4	-0,7	-0,8	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)			5,6	5,9	5	5,1	4,7	5,1	4,9	4,6	4,1	3,6	4	3,6	3,4	..
numero medio di figli per donna			1,13	1,13	1,28	1,26	1,21	1,34	1,39	1,46	1,37	1,34	1,3	1,26	1,31	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)			-2,4	-2,4	-1	-1,2	-0,7	-0,6	-1,9	-0,6	-2,1	-2,7	-3,8	-2,6	-2,8	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)			1,2	1,8	1,2	0,5	0,9	2,2	1,7	1,3	0,7	1,4	1,6	1,1	0,8	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)			0,2	1,5	-0,5	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)			-1,2	-0,6	0,3	-0,6	0,2	1,5	-0,2	0,8	-1,4	-1,3	-2,1	13,5	-2,5	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)			0	0,5	2,5	0,4	1,3	2,7	1	1,3	-0,9	-1,1	-2,4	12,7	-3,2	..
speranza di vita alla nascita - maschi			78,4	78,6	79	78,5	79,5	79	78,9	78,1	79,3	79,3	79,4	79,6	80,4	..
speranza di vita a 65 anni - maschi			17,8	17,9	18,4	17,8	18,7	18	17,9	17,4	18,6	18,4	18,2	18,2	18,7	..
speranza di vita alla nascita - femmine			83	83,5	84	83,3	84,3	83,8	84,1	83,3	84	84,3	84,3	84,5	84,8	..
speranza di vita a 65 anni - femmine			20,8	21,4	21,5	21	21,7	21,2	21,5	21	21,4	21,6	21,5	21,8	22,1	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio			16,1	15,9	15,5	15,3	15,1	14,9	14,8	14,7	14,7	14,5	14,5	14,4	14,2	14
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio			68,3	68,2	68,1	67,8	67,5	67,4	67,2	67,1	66,9	66,7	66,6	66,2	65,8	65,1
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio			15,5	16	16,4	16,9	17,3	17,7	18	18,3	18,5	18,9	18,9	19,4	20	20,9
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio			46,4	46,7	46,9	47,6	48,1	48,4	48,7	49,1	49,5	50	50,1	51	52	53,7
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio			22,7	23,4	24,1	24,9	25,7	26,3	26,7	27,2	27,6	28,3	28,4	29,3	30,4	32,1
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio			96,2	100,7	105,7	110,1	114,5	118,9	121,8	124,2	126	130,2	130,7	135,3	140,7	148,9
età media della popolazione - al 1° gennaio			39,4	39,8	40,2	40,5	40,9	41,2	41,5	41,8	42	42,4	42,4	42,7	43	43,6

Dati estratti: il 11 gen 2016, 14h30 UTC (GMT), da I.Stat

Dall'analisi storica dei dati di natalità e mortalità è possibile verificare che, dal 2002 al 2012, pur con un andamento non costante, un lieve incremento della natalità (che passa da 8,6 nel 2002 a 8,8 nel 2012) e un incremento della mortalità (da 7,4 nel 2002 a 9,2 nel 2012). Sino al 2011 il tasso di natalità risulta superiore rispetto al tasso di mortalità, dall'anno successivo, si assiste, invece, ad una inversione di tendenza. Inoltre è possibile notare un progressivo aumento dell'età media, che trova riscontro dal costante aumento dell'indice di vecchiaia. L'attuale tendenza all'invecchiamento demografico ha come effetto evidente quello di produrre effetti sul carico sociale per la popolazione attiva a cui si accompagnano anche evidenti conseguenze di natura sociale e sanitaria sul fronte della domanda di servizi.

Analisi Epidemiologica

Cause di Morte

2011

Codice	Gruppi di malattie	Codice	2011	%	2012	%	2013	%
I	Malattie infettive e parassitarie	(000-100)	55	2,07%	43	1,65%	98	1,86%
II	Tubercolosi	(100-149)	908	34,16%	669	25,64%	1577	29,94%
III	Malattie del sistema circolatorio e disturbi del sistema immunitario	(150-209)	13	0,49%	18	0,69%	31	0,59%
IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	(210-259)	128	4,82%	163	6,25%	291	5,52%
V	Malattie psichiche e comportamentali	(260-299)	39	1,47%	74	2,84%	113	2,15%
VI	Malattie del sistema nervoso	(300-359)	84	3,16%	122	4,68%	206	3,91%
VII	Malattie oculari e disturbi uditivi	(360-389)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
VIII	Malattie respiratorie e apnea iperventilatoria	(390-449)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
IX	Malattie del sistema circolatorio	(450-509)	886	33,33%	1069	40,97%	1955	37,12%
X	Malattie del sistema respiratorio	(510-589)	212	7,98%	149	5,71%	361	6,85%
XI	Malattie del sistema digerente	(590-689)	101	3,80%	90	3,45%	191	3,63%
XII	Malattie del sistema urinario	(590-689)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
XIII	Malattie del sistema endocrino, nutrizionale e immunitario	(690-749)	11	0,41%	17	0,65%	28	0,53%
XIV	Malattie psichiche e comportamentali	(750-799)	38	1,43%	55	2,11%	93	1,77%
XV	Malattie del sistema nervoso	(800-899)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
XVI	Condizioni mediche durante il parto	(900-949)	9	0,34%	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
XVII	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	4	0,15%	6	0,23%	10	0,19%
XVIII	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	24	0,90%	29	1,11%	53	1,01%
XIX	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	37	1,39%	62	2,30%	99	1,88%
XX	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	108	4,06%	39	1,49%	147	2,79%
XXI	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
	Totale complessivo		2658	100,00%	2609	100,00%	5267	100,00%

2012

Codice	Gruppi di malattie	Codice	2012	%	2013	%	2014	%
I	Malattie infettive e parassitarie	(000-100)	42	1,58%	44	1,66%	86	1,62%
II	Tubercolosi	(100-149)	873	32,93%	599	22,54%	1472	27,73%
III	Malattie del sistema circolatorio e disturbi del sistema immunitario	(150-209)	13	0,49%	12	0,45%	25	0,47%
IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	(210-259)	111	4,19%	182	6,85%	293	5,52%
V	Malattie psichiche e comportamentali	(260-299)	47	1,77%	74	2,78%	121	2,28%
VI	Malattie del sistema nervoso	(300-359)	82	3,09%	129	4,85%	211	3,97%
VII	Malattie oculari e disturbi uditivi	(360-389)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
VIII	Malattie respiratorie e apnea iperventilatoria	(390-449)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
IX	Malattie del sistema circolatorio	(450-509)	915	34,32%	1161	43,68%	2076	39,10%
X	Malattie del sistema respiratorio	(510-589)	237	8,94%	151	5,68%	388	7,31%
XI	Malattie del sistema digerente	(590-689)	104	3,92%	97	3,65%	201	3,79%
XII	Malattie del sistema urinario	(590-689)	4	0,00150009	6	0,0022573	10	0,00188
XIII	Malattie del sistema endocrino, nutrizionale e immunitario	(690-749)	6	0,23%	10	0,38%	16	0,30%
XIV	Malattie psichiche e comportamentali	(750-799)	40	1,51%	43	1,62%	83	1,56%
XV	Malattie del sistema nervoso	(800-899)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
XVI	Condizioni mediche durante il parto	(900-949)	9	0,34%	5	0,0018811	14	0,00264
XVII	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	11	0,41%	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
XVIII	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	33	1,24%	56	2,11%	89	1,68%
XIX	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	35	1,32%	49	1,84%	84	1,58%
XX	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	89	3,36%	38	1,43%	127	2,39%
XXI	Malattie del sistema circolatorio e disturbi immunitari	(950-999)	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
	Totale complessivo		2651	100,00%	2658	100,00%	5309	100,00%

* n.r. = non riportabile per privacy (secondo normativa, poiché =3)

Fonte: Rapporto di Mortalità 2015 - Le cause di mortalità in provincia di Taranto

L'aggiornamento della mortalità per gli anni 2011 e 2012 all'interno della provincia di Taranto vede ancora tra le cause più frequenti le patologie dell'apparato

cardiovascolare in accordo con quanto emerso a livello nazionale nel già citato documento dell'Istat2. Seguono i tumori maligni tra cui più frequentemente si presenta il tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni nei maschi e i tumori maligni della mammella nelle femmine. Il quadro generale della distribuzione geografica delle varie patologie vede la conferma dell'interessamento del comune capoluogo in eccesso rispetto allo standard provinciale per tutte le cause, per le cause naturali, per tutti i tumori, per tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni, per il tumore maligno della pleura (che comprende il mesotelioma pleurico), per le malattie ischemiche, per le malattie infettive del sistema respiratorio, per le malattie dell'apparato digerente e nel sesso femminile per le broncopneumopatie cronico-ostruttive e per le demenze. La standardizzazione all'interno del territorio provinciale fa emergere il coinvolgimento di alcuni comuni dell'area orientale della provincia principalmente, per le malattie del sistema circolatorio, per le malattie cerebrovascolari e per l'ipertensione arteriosa. La situazione descritta merita una valutazione e un approfondimento specifico su molti fronti (stili di vita, aspetti ambientali). Sull'altra ala della provincia risulta più frequente invece il diabete mellito, una patologia non tumorale, legata per lo più a fattori genetici e ad abitudini voluttuarie di natura alimentare. Altro aspetto che merita un'attenta valutazione è il riscontro negli ultimi anni di un aumento delle demenze nella provincia di Taranto non riscontrato all'interno dell'intero territorio regionale, perlomeno per gli ultimi anni di confronto possibili al momento.

Mortalità per Tumori

Incidenza

Nel triennio 2006-2008 sono stati identificati nella popolazione residente dell'ASL Taranto 8.811 nuovi casi di tumore, dei quali 4.866 tra i maschi, pari al 55% del totale, 3.945 tra le femmine pari al 45% del totale. I tassi di incidenza grezzi sono stati pari a 576,5 casi ogni 100.000 abitanti fra gli uomini e 439,7 casi ogni 100.000 abitanti fra le donne.

Utilizzando la standardizzazione per età (popolazione standard europea), i tassi per 100.000 abitanti sono risultati pari a 446,5 fra gli uomini e 324,7 casi fra le donne. I tassi di incidenza specifici per età assumono un valore massimo nei soggetti con età compresa tra 75 e 84 anni nei maschi e oltre i 75 anni nelle donne, con tassi superiori a 3 casi ogni 100 abitanti tra gli uomini e 1,5 casi ogni 100 abitanti tra le donne. I tumori in età pediatrica costituiscono lo 0,7% di tutti i tumori rilevati nel territorio.

I tumori più frequenti nel sesso maschile sono stati quelli del polmone (pari al 16,6% di tutti i tumori maschili), della prostata (16,1%), vescica (13,3%), colon e del retto (11,1%) e fegato (4,9%). Nel sesso femminile, i tumori più frequenti sono stati quelli della mammella (pari al 28,7% di tutti i tumori femminili), del colon e del retto (12,6%), tiroide (7,8%), corpo dell'utero (5,3%) e ovaio (3,6%).

Sulla base di questi dati, si stima che il rischio di ammalarsi di cancro nel corso della vita, per i residenti nell'ASL di Taranto, sia pari al 30,5% tra gli uomini (indicativamente 1 caso ogni 3 uomini) ed al 22,5% tra le donne (1 caso ogni 5 donne).

Mortalità

I decessi per tumore maligno nel triennio 2006-2008 sono stati 4.112, dei quali 2.339 (58%) tra gli uomini, 1.713 (42%) tra le donne. Nel sesso maschile, il tumore del polmone ha rappresentato la causa più frequente (29,3% della mortalità per causa oncologica), seguito dal tumore della prostata (8,2%) colon-retto (7,6%), del fegato (6,8%) e della vescica (6,7%).

Tra le donne la mortalità per tumore della mammella è risultata la causa più frequente (17,3% di tutti i decessi per causa oncologica), seguita dai tumori del colon-retto (11,4%), fegato e polmone (7,4%) e del pancreas (6,8%).

Le analisi che hanno riguardato il triennio 2006-2008 e il territorio corrispondente all'intera provincia di Taranto , conducono ad alcune fondamentali conclusioni. La prima delle quali, riguarda la conoscenza esatta dell'impatto della malattia oncologica nell'intero territorio jonico: come dato provinciale il rapporto standardizzato indiretto dei nuovi casi risulta leggermente inferiore alla media nazionale sia in termini di incidenza che di mortalità. Considerando i dati di tutti i registri tumori italiani, il numero dei nuovi casi nell'intera provincia di Taranto è risultato inferiore all'atteso del 7% negli uomini e del 5% nelle donne. Questo "minor rischio" di malattia rispetto al dato nazionale non sorprende, in quanto riscontrabile anche in tutti altri registri tumori meridionali.

Va sottolineato, in tale contesto provinciale di confronto, che l'impatto dei tumori polmonari e vescicali nel sesso maschile, rilevante per numerosità, appare superiore alla media sia nazionale sia del Sud Italia, mentre risulta inferiore alla media nazionale e del Sud Italia nel sesso femminile a conferma della necessità di indagini approfondite sull'impatto della patologia fra i lavoratori del settore industriale.

Va anche sottolineata la relativa bassa incidenza di alcuni tumori più comunemente correlabili con le abitudini alimentari, in particolare i tumori dello stomaco, del colon e del retto mentre, al contrario, appaiono superiori all'atteso le neoplasie tiroidee diffuse soprattutto nei comuni orientali della provincia.

Risultano superiori all'atteso in riferimento ai dati dei registri tumori dell'area meridionale anche alcune forme tumorali del sesso femminile quali mammella, collo e dell'utero e ovaio. L'incidenza di tutte queste neoplasie è tuttavia fortemente condizionata dalle strategie di prevenzione che, in provincia di Taranto, si stanno consolidando con un certo ritardo nei confronti di altre aree nazionali e che invece richiedono un rapido avviamento a pieno regime.

La seconda considerazione mette in evidenza come nel confronto interno alla Provincia tramite la distribuzione del Tasso Standardizzato Diretto (TSD) di incidenza per Distretto Socio Sanitario, la maggiore incidenza è riscontrata nel comune di Taranto rispetto ai comuni del resto della Provincia, in particolare nel caso del tumore maligno del fegato, polmone, mesotelioma, melanoma cutaneo, mammella, cervice uterina e rene per entrambi i sessi, vescica negli uomini e linfoma non hodgkin nelle donne. Nell'immediato futuro la continuazione del lavoro del RTTA consentirà l'estensione dell'analisi

su un periodo temporale più ampio e un approfondimento dello studio di sopravvivenza che consentirà al registro di fornire analisi ancora più approfondite sulle criticità evidenziate, ma anche la conduzione di studi specifici sul territorio, quali per esempio quelli legati alle valutazioni ambientali

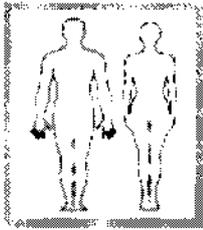


Tabella 1. Incidenza e mortalità. Sintesi dei risultati
Anni 2006-2008.

	Incidenza			Mortalità		
	M+F	M	F	M+F	M	F
Numero casi	8.811	4.866	3.945	4.112	2.399	1.713
Percentuale sul totale M+F	100	55,2	44,8	100	58,3	41,7
Tasso grezzo (per 100.000)	506	576,5	439,7	236,2	284,2	190,9
Tasso standardizzato ¹⁾ (per 100.000)	376,4	446,5	324,7	155,8	208,4	116,4
Rischio cumulativo 0-74 anni (%)	26,3	30,5	22,5	10,4	13,4	7,8

Figura 1. Incidenza. Tassi età specifici in provincia di Taranto e confronto con il dato nazionale²⁾
Anni 2006-2008.

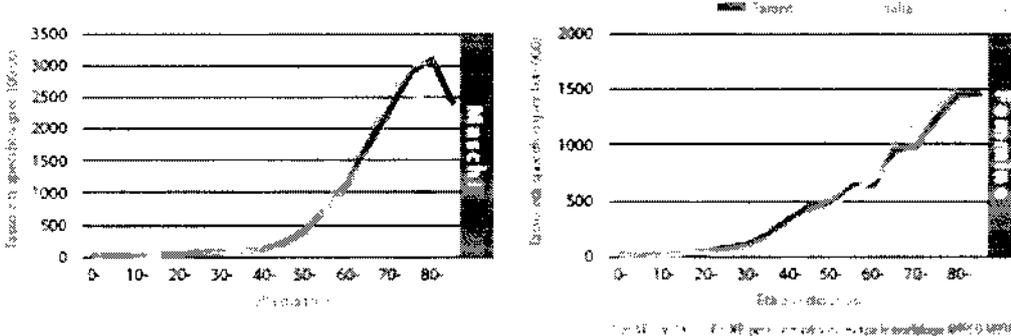


Figura 2. Incidenza e mortalità. Rapporto tra i casi osservati a Taranto rispetto al dato nazionale³⁾
Anni 2006-2008.

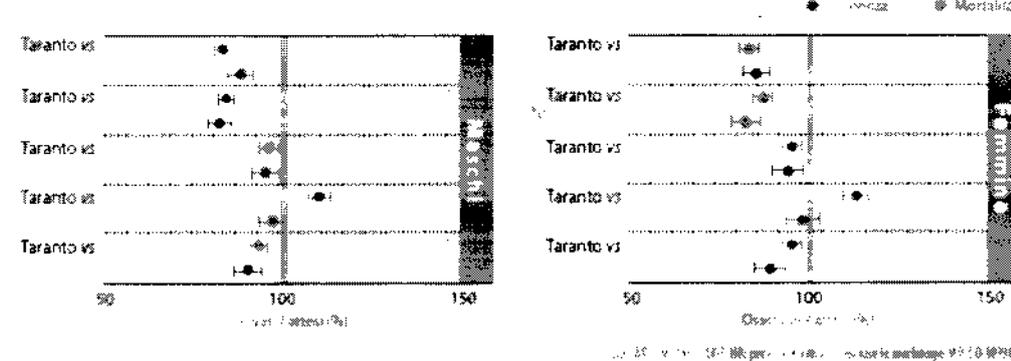
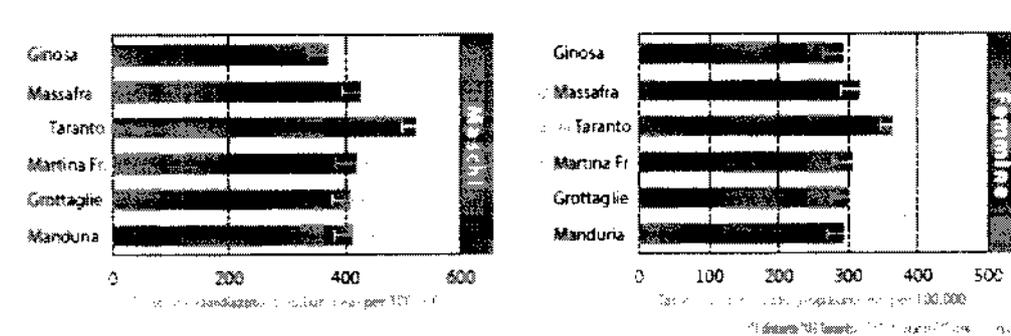


Figura 3. Incidenza. Confronto tra i tassi standardizzati di incidenza per distretto sanitario⁴⁾
Anni 2006-2008.



Incidenza e mortalità. Distribuzione percentuale del numero dei casi riscontrati per tipo di tumore.

Anni 2006-2008, Marche.

incidenza					mortalità
	Testa e collo	3,7%		3,3%	Testa e collo
	Encefalo e SNC	1,5%		1,5%	Encefalo e SNC
	Tiroide	1,6%		0,2%	Tiroide
	Polmone	16,6%		29,3%	Polmone
	Fegato	4,9%		6,8%	Fegato
	Pancreas	2,2%		4,3%	Pancreas
	Rene	2,5%		1,7%	Rene
	Vescica	13,3%		6,7%	Vescica
	Stomaco	3,9%		6,1%	Stomaco
	Colon e retto	11,1%		7,6%	Colon e retto
	Prostata	16,1%		8,2%	Prostata
	Melanoma	2,1%		1,3%	Melanoma
	Linfomi	3,5%		2,3%	Linfomi
	Mieloma	1,2%		1,6%	Mieloma
	Leucemie	2,9%		4,2%	Leucemie
	Altri	12,5%		14,3%	Altri

Incidenza e mortalità. Distribuzione percentuale del numero dei casi riscontrati per tipo di tumore.

Anni 2006-2008, Femmine

incidenza					mortalità
	Testa e collo	1,0%		1,1%	Testa e collo
	Encefalo e SNC	1,9%		2,6%	Encefalo e SNC
	Tiroide	7,8%		0,5%	Tiroide
	Polmone	3,5%		7,4%	Polmone
	Mammella	28,7%		17,3%	Mammella
	Fegato	2,6%		7,4%	Fegato
	Pancreas	2,7%		6,8%	Pancreas
	Rene	1,4%		0,9%	Rene
	Vescica	2,3%		1,7%	Vescica
	Stomaco	2,6%		5,4%	Stomaco
	Colon e retto	12,6%		11,4%	Colon e retto
	Ovaio	3,6%		4,8%	Ovaio
	Corpo dell'utero	5,3%		4,0%	Utero
	Cervice uterina	1,7%		0,9%	Melanoma
	Melanoma	2,5%		3,0%	Linfomi
	Linfomi	3,5%		2,7%	Mieloma
	Mieloma	1,6%		3,7%	Leucemie
	Leucemie	3,3%			
	Altri	10,8%		17,7%	Altri

PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA E DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

I Sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano

FASE	SOGGETTI INTERNI COINVOLTI
1) Definizione/aggiornamento del SISTEMA	Direzione Strategica ASL Taranto e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto
3) Attuazione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto Dirigenza Personale OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	OIV (Struttura Tecnica Permanente) Personale, dirigenze e non

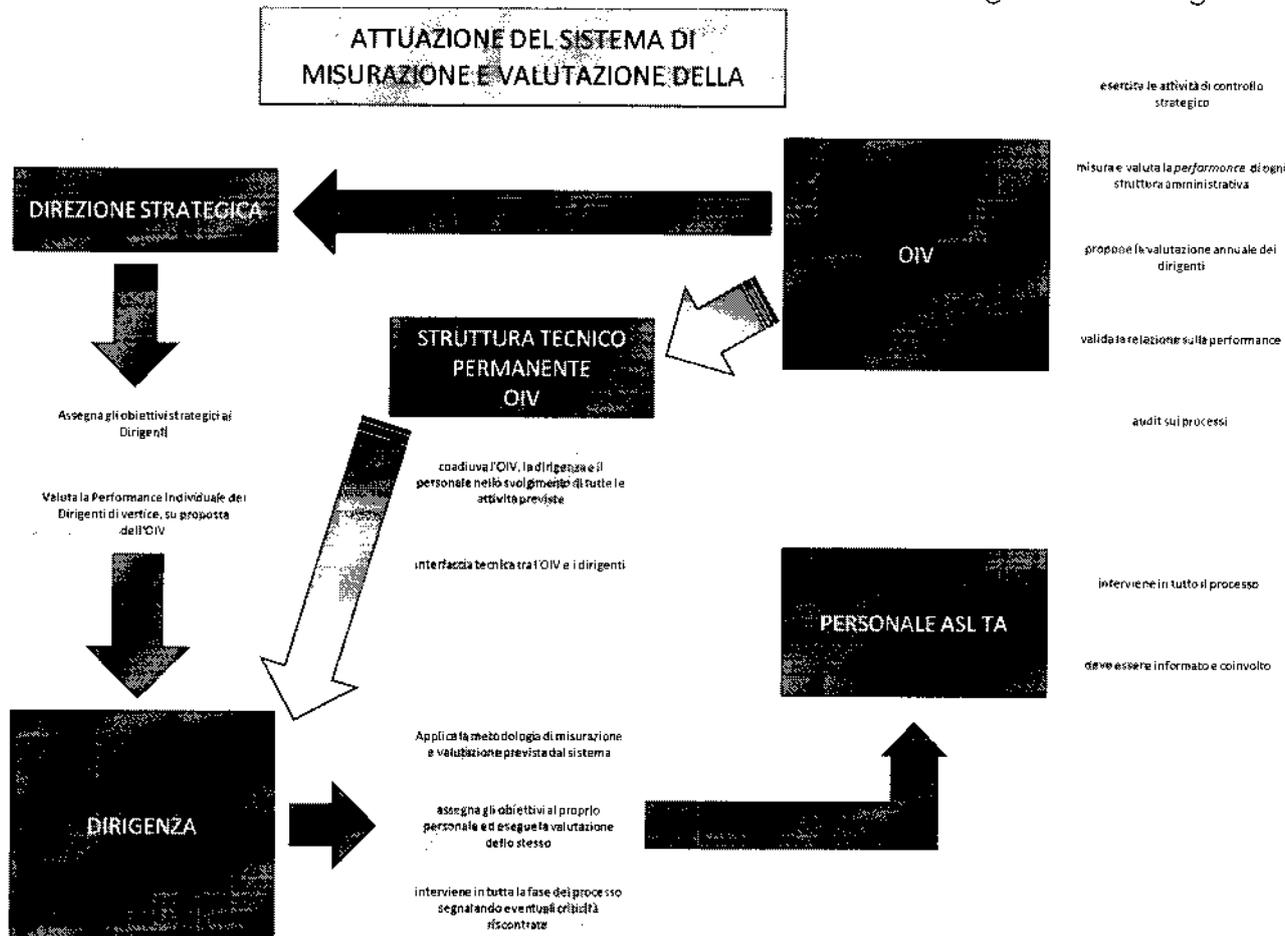
1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. Gli obiettivi aziendali vengono

definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità. La dirigenza, in particolare quella di vertice, contribuisce all'attuazione del Sistema e all'aggiornamento dei contenuti dello stesso

L'attuazione del sistema è sintetizzata nel grafico seguente.



4) Monitoraggio e audit del Sistema: in corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. A fine anno il Nucleo interno di Valutazione ora O.I.V. valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

L'OIV, infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CIVIT e di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, esercitando un'attività di impulso, nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione.

Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'OIV e la dirigenza che si occupa di interagire con le diverse unità organizzative e, in particolare,

con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Il sistema degli indicatori

L'indicatore è la misura che permette di verificare il grado di raggiungimento di un determinato obiettivo e può essere impiegato lungo l'intero percorso che parte dalla rilevazione degli bisogni degli *stakeholder* e, quindi, l'individuazione degli *outcome*, fino ad arrivare alla definizione degli obiettivi del personale e costituisce, quindi, la base per la misurazione dell'efficienza, ovvero degli *output* ottenuti in relazione agli *input* impiegati, e dell'efficacia, ovvero dei risultati raggiunti in relazione ai *target* desiderati.

Ciclo di gestione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca nell'ambito del più ampio **Ciclo di gestione della performance**, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali ai Dipartimenti.

I Direttori dei Dipartimenti, assegnano/negoziano gli obiettivi ai dirigenti delle strutture complesse e semplici dipartimentali, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano inoltre sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.

IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dal livello Regionale.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie (Aree strategiche) sono quindi declinate in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tali obiettivi, e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Unità Operative.

Il Piano della performance è deliberato dal Direttore Generale e viene pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio.

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione – indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2017 in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie. Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

L'albero della performance

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

La mission dell'ASL Taranto è valida per tutte le linee operative strategiche che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda.

All'interno delle linee strategiche si individua le aree strategiche sono individuate delle sub-aree (ambiti omogenei di operatività dell'Azienda) nonché le principali correlazioni logiche tra aree e sub-aree (integrazioni logiche, funzionali e operative da attuarsi anche attraverso l'organizzazione per il miglioramento e l'erogazione di servizi assistenziali di qualità).

AREE	SUB AREE	ESITI	OBBIETTIVO STRATEGICO
PREVENZIONE	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Potenziamento della copertura vaccinale
	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione
	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Sicurezza degli alimenti	
	SANITA' VETERINARIA	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	
PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Sicurezza degli alimenti	Potenziamento degli screening oncologici
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Prevenzione delle patologie oncologiche	Riduzione dei tassi di ospedalizzazione Degenza Media
	AREA MATERNO INFANTILE	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riorganizzazione della rete ospedaliera
	PRONTO SOCCORSO - SET118		Riorganizzazione del Percorso nascita
	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Adeguatezza e qualità	Riorganizzazione rete emergenza urgenza
	AREA MATERNO INFANTILE		Miglioramento appropriatezza chirurgica
	PRONTO SOCCORSO - SET118		Miglioramento appropriatezza medica
			Miglioramento qualità di processo
			Attrattività extra-regionale
			Complessità della casistica trattata
		Miglioramento qualità percepita	
		Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	
		Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) -	Riduzione del Tasso di ospedalizzazione delle patologie cronico degenerative mediante il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	
	POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	Appropriatezza organizzativa	Programmazione e implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	
	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	
	SALUTE MENTALE	Appropriatezza organizzativa	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	
	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Efficacia assistenziale territoriale delle dipendenze	
	ASSISTENZA FARMACEUTICA		Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale attraverso il monitoraggio e l'incentivazione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.
				Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica.
				Riduzione del consumo dei sartani con copertura brevettale
				Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)
				Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso
				Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema Informativo regionale Edotto
			Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO
DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa Tempi di pagamento dei fornitori Costo dell'assistenza ospedaliera Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; R55A)
	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	SANITA' DIGITALE	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi
	RESPONSABILIZZAZIONE E CLIMA AZIENDALE	Monitoraggio e riduzione tempi di attesa	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa
		Sicurezza per il paziente e l'operatore	Gestione del rischio clinico
		Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi
		Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs. 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. N.33/2013	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa
		Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile
		Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Elaborazione, approvazione e pubblicazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance avviene di pari passo con il processo di programmazione e di bilancio economico e attraverso un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance; al coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nella stesura del Piano della Performance: dalle Macrostrutture Aziendali agli Staff di Direzione Strategica, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture di supporto.

In questo modo si crea un efficace strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali e per il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali e, da queste, ai singoli operatori.

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della trasparenza nell'azione amministrativa.

E' necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

La ASL Taranto, in applicazione della L. n.190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D. Lgs. n.33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione:

- con delibera n.1041 del 24.09.2013 ha nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza;
- con delibera n.154 del 29/01/2016 ha aggiornato il Piano Triennale di prevenzione della corruzione ai sensi della determinazione ANAC n.12/2015 mentre con la delibera n. 155 del 29/01/2016 si è adottato l'Aggiornamento del PROGRAMMA TRIENNALE per la TRASPARENZA E L'INTEGRITA' anni 2016- 2017- 2018 e Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL Taranto

Allegato 1 - Scheda Obiettivi Strategici – Piano degli indicatori

AREE	SUB AREE	ESITI	OGGETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte Indicatore	
PREVENZIONE	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Potenziamento della copertura vaccinale	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	93%	95%	95%	Griglia LEA	
				Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (Ind. MES B7.1)	86%	90%	95%	DGR 2198/2016	
				N. Cicli vaccinali (3° dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	85%	85%	85%	DCR 2198/2016	
				N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimerisingococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5)	80%	85%	92%	DGR 2198/2016	
				VACCINAZ. PAPILOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).	72%	80%	92%	DGR 2198/2016	
					Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza. Denominatore: numero di soggetti di età >= 65 anni residenti (Ind. MES B7.2)	75%	75%	75%	DGR 2198/2016
		Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	n.interventi educativi annuali effettuati nelle scuole /n.interventi programmati	Mantenim o	Mantenim o	Mantenim o	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Sicurezza degli alimenti		n. SCIA conclusa nei termini/totale SCIA pervenute	90%	90%	90%	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro		Unità produttive CONTROLLATE/Unità produttive ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo	5%	5%	5%	Griglia LEA	
	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti		num di eventi di educazione alla prevenzione/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro	Almeno 5 eventi	Almeno 5 eventi	Almeno 5 eventi	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
Num allevamenti controllati*100/Num allevamenti da sottoporre a controllo				99%	99%	99%	Griglia LEA		
Numero allevamenti controllati*100/Numero allevamenti da sottoporre a controllo			99%	99%	99%	Griglia LEA			
		Num totale aziende ovicaprine controllate*100/Num totale aziende ovicaprine	5%	5%	5%	Griglia LEA			
		Num campioni analizzati*100/Num campioni programmati	99%	99%	99%	Griglia LEA			

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIEETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte indicatore
PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Potenziamento degli screening oncologici	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).	35%	80%	100%	DGR 2198/2016
				Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).	60%	70%	80%	DGR 2198/2016
				Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).	40%	70%	100%	DGR 2198/2016
				Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).	30%	50%	70%	DGR 2198/2016
				Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).	60%	80%	100%	DGR 2198/2016
				Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).	7%	40%	65%	DGR 2198/2016

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte Indicatore
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) -	Riduzione del Tasso di ospedalizzazione delle patologie cronico degenerative mediante il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abiti.	Performance 2016	VALORE 2016-20%	VALORE 2016 - 30%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)	Performance 2016	VALORE 2016-20%	VALORE 2016 - 30%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)	Performance 2016	VALORE 2016-20%	VALORE 2016 - 50%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)	Performance 2016	VALORE 2016-20%	VALORE 2016 - 50%	DGR 2198/2016
	POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	Appropriatezza organizzativa	Programmazione e implementazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Provvedimenti ASI di adozione del progetto assistenziale e strutturale del PTA entro il 28/2/2017 Report sul PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per singola struttura entro il 31/12/2018	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTEK 02.05.02)	/	/	DGR 2198/2016
	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)	Performance 2016	4%	8%	DGR 2198/2016
				% Anziani > 65 anni in ADI	>=3,3%	>=3,4%	>=3,5%	DGR 2198/2016
	SALUTE MENTALE	Appropriatezza organizzativa	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2)	Performance 2016	VALORE 2016-20%	VALORE 2016 - 20%	DGR 2198/2016
				% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione	>= 10,82	>= 10,82	>= 10,82	DGR 2198/2016
	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)	Numero di eventi di educazione sanitaria anti-fumo nelle scuole	6	6	6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
			Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)	Numero di eventi di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool nelle scuole	6	6	6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
			Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)	Numero di eventi di educazione di corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie nelle scuole	6	6	6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte indicatore	
ASSISTENZA TERRITORIALE	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale attraverso il monitoraggio e l'incentivazione alla prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Indicatori MES: F12a.1.4 Molecole; F12a.6 Derivati; Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9; Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Polipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensiv); F12.11a Sartani).	Miglioram, Performance 2016	80%	82%	DGR 2198/2016	
			Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza mediante la riduzione del consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di antibiotici in età pediatrica :DDD (nd. MES C9.8.1.1.1)	Miglioram, Performance 2016	2000%	1800%	DGR 2198/2016	
				Consumo di cefalosporine in età pediatrica :DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).	Miglioram, Performance 2016	300%	250%	DGR 2198/2016	
			Riduzione del consumo dei sartani con copertura brevettuale	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)	Miglioram, Performance 2016	0,85	0,9	DGR 2198/2016	
			Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO	Non superiore al 2016	Non superiore al 2017	Valore 2018: 5%	DGR 2198/2016	
			Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	Non inferiori al 2016	Epoitine > 60%; Fattori della crescita stimolo anti le colonie > 85%; Anti TNF alfa > 30%; Insulina glargine > 50%	Epoitine > 60%; Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%; Anti TNF alfa > 30%; Insulina glargine > 50%	DGR 2198/2016	
		Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevare negli ultimi 6 mesi	Incremento rispetto al 2016	>90%	>95%	DGR 2198/2016	
			Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto	Incremento rispetto al 2016 Miglioram, Performance 2016	>95% 178	>95% 164	DGR 2198/2016	
			Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani Terapeutici informatizzati	Incremento rispetto al 2016	>90% del totale	>90% del totale	DGR 2198/2016	
			Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	Incremento rispetto al 2016	>90% del totale	>90% del totale	DGR 2198/2016	

AREE	SUB AREE	ESITI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte Indicatore
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Capacità di governo della domanda sanitaria	Riduzione dei tassi di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazioni e ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MFS C1.1.1)	Performance 2016	20%	-30%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione standardizzato DRI medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)	Performance 2016	-30%	-50%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)	Performance 2016	-40%	-60%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MFS C8a.19.2)	Performance 2016	-10%	-60%	DGR 2198/2016
				Tasso di ospedalizzazione pediatrica per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)	Performance 2016	-20%	-30%	DGR 2198/2016
				Degenza media DRG medici (Ind. MFS C2a.M)	Performance 2016	Mantenim. Performance 2016	Mantenim. Performance 2016	DGR 2198/2016
	Degenza Media		Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)	Performance 2016	-20%	40%	DGR 2198/2016	
			Riorganizzazione della rete ospedaliera	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera di cui al punto 3) della DGR n. 1933 del 30/11/2016	Partecipazione alla consultazione regionale per il riordino rete ospedaliera in ottemperanza al D.M. n. 70/2016, attraverso valutazioni di sostenibilità aziendale (S/NO).	Completamento, entro il 31/12/2018, dell'attuazione del riordino ospedaliero di cui alla DGR 1933/2016 s.m.i. per le discipline occidentali, come da art. 3.7 del Regolamento di riordino A.T.A. di predetto atto deliberativo (S/NO)	DGR 2198/2016	
	AREA MATERNO INFANTILE		Riorganizzazione del Percorso nascita	Affiazione sistema trasporto emergenza neonatale (STEN) nei 3 centri hub del Percorso nascita di cui al R.R. 14/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	DGR 2198/2016
				Affiazione sistema trasporto protezione gravida a rischio (STAM)	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2 della DGR 2198/2016	DGR 2198/2016
	PRONTO SOCCORSO - SET118		Riorganizzazione rete emergenza urgenza	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete di emergenza-urgenza di cui al punto 3) della relativa DGR n. 1933 del 30/11/2016 ed alla tabella D-bis della medesima DGR.	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 1 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 1 della DGR 2198/2016	Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 1 della DGR 2198/2016	DGR 2198/2016

AREE	SUB AREE	ESITI	OGGETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte Indicatore
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA	Appropriatezza e qualità	Miglioramento appropriatezza chirurgica	% Interventi in day surgery (Ind. MES C4.7) DRG ad alto rischio di inappropriatozza (Ind. MIS C4.13) DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MIS C4.8)	-10% Performance 2016 Performance 2016	20% Performance 2016 -30%	40% Performance 2016 -40%	DCSR 2198/2016 DCR 2198/2016 DCR 2198/2016
			Miglioramento appropriatezza medica	Tasso di ricovero diurna di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a) % Ricoveri ospedalieri o ambulatoriali per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4) % Ricoveri in DH medici con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-2012) (Ind. MES C14.2)	Performance 2016 Performance 2016 Performance 2016	20% -30% -30%	40% -30% -50%	DCSR 2198/2016 DCR 2198/2016 DCR 2198/2016
			Miglioramento qualità di processo	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni * 100/Numero interventi per frattura del femore (Età <=65 anni) (MES C5.2)	Performance 2016	30%	40%	DCSR 2198/2016
			Attività extra-regionale	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c) % Attirazioni extra Regione (DRG alta complessità (Ind. MES C30.3.2.2)	Performance 2016 Performance 2016	10% +20%	20% +30%	DCSR 2198/2016 DCR 2198/2016
			Complessità della casistica trattata	Indice di caso-mix (Ind. MES C1.5)	Performance 2016	+20%	+40%	DCR 2198/2016
			Miglioramento qualità percepita	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)	Performance 2016	-30%	50%	DCR 2198/2016
	AREA MATERNO INFANTILE	Appropriatezza e qualità	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	% Parto cesareo deprogramato (NISV) (Ind. MES C7.1) % Episiotomie deprogramate (NISV) (Ind. MES C7.3) % Parto operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)	Performance 2016 Performance 2016 Performance 2016	30% -20% Performance 2016	-50% -40% Performance 2016	DCSR 2198/2016 DCR 2198/2016 DCR 2198/2016
	PRONTO SOCCORSO - SET118		Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Intervento Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MIS C16.11) % Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1) Attendant da Pronto Soccorso (Ind. MES C9) % Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DCR chirurgico alla dimissione (Ind. MIS C16.7)	Performance 2016 Performance 2016 Performance 2016 Performance 2016	20% 15% -30% 30%	-30% 20% -50% 40%	DCSR 2198/2016 DCR 2198/2016 DCR 2198/2016 DCR 2198/2016
			TUTTE LE AREE	Appropriatezza Farmaceutica	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a fluorochinoloni, cefalosporine o macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico % Piani terapeutici informatizzati % di prescrizioni specialistiche informatizzate	Non superiore a 2016 Incremento rispetto al 2016 Incremento rispetto al 2016 Incremento rispetto al 2016	Riduzione del 20% rispetto al 2016 80% dei pazienti in dimissione con erogazione al primo ciclo di terapia > 90% del totale > 90% del totale

AREE	SUB AREE	ESITI	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE E MODALITA' DI CALCOLO	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Piano 2019 Target	Fonte Indicatore
DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa	Scostamento tra i costi e i ricavi (regge il D. Lgs. 206/2015) (Ind. M3.1.1.4)	Miglioramento Performance 2016	riduzione del 20% dello scostamento assoluto registrato nel 2017 ai sensi del Decreto 21/6/2016 se superiore ai limiti di legge ex L. 208/15 e s.m.l.	Monitoramento	DGR 2198/2016
			Tempi di pagamento dei fornitori	Indice di tempestività dei pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPR n. 22/9/2014	Miglioramento Performance 2016	ITP > 8	ITP > 5	DGR 2198/2016
			Costo dell'assistenza ospedaliera	Costo medio per punto (C.M.P.) (Ind. M3.1.1.1)	Miglioramento Performance 2016	VALORI 2016 -20%	VALORI 2016 -40%	DGR 2198/2016
			Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSCA)	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura.	Sottoscrizione accordi secondo lo schema tipo di riferimento entro il 30/6/2016 (per RSA ed RSCA) e scadenza contrattuali	Sottoscrizione accordi secondo lo schema tipo di riferimento entro il 31/3/2017 (per RSA ed RSCA) e scadenza contratto	Sottoscrizione accordi secondo lo schema tipo di riferimento entro il 31/3/2018 (per RSA ed RSCA) e scadenza contratto	DGR 2198/2016
	OBBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	SANITA' DIGITALE	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Attivazione della integrazione con il sistema regionale	>50%	>90%	DGR 2198/2016
			Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	% Prestazioni online sul totale	Attivazione dei servizi previsti dal DGR n. 231/2016	> 20%	> 30%	DGR 2198/2016
			Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti % Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata presso i policlinici ed erogate con servizi telematici (erogatori privati compresi)	Incremento rispetto al 2016	>80%	>90%	DGR 2198/2016
			Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di diffusione degli obblighi informativi	Incremento rispetto al 2016	>95%	>90%	DGR 2198/2016
	RESPONSABILIZZAZIONE CUMA AZIENDALE	Monitoraggio e riduzione tempi di attesa	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa; Monitoraggio tempi di attesa	% di utenti soddisfatti entro i tempi previsti	90%	90%	90%	PNCA
		Sicurezza per il paziente e l'operatore	Gestione del rischio clinico	Piano di prevenzione delle attività di Risk Management	Adozione	Adozione	Adozione	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
		Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni	Rivisitazione del Piano aziendale della Comunicazione	Adozione	Adozione	Adozione	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
		Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Customer Satisfaction; Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Edil monitoraggio	Edil monitoraggio	Edil monitoraggio	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs. 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. N.33/2013		Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Relazione	Relazione	Relazione	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità		Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Approvazione del Programma Integrato della Trasparenza e aggiornamenti annuali	Aggiornamenti	Aggiornamenti	Aggiornamenti	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
		Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Avvicinamento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n. 20/2013	Aggiornamenti	Aggiornamenti	Aggiornamenti	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	
		Elaborazione, approvazione e pubblicazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano	Adozione	Adozione	Adozione	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE	